



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI DI GENETICA
MEDICA – Per minore o tutelato (DGR 4716/2013 e 1612/2018)**

Dati anagrafici del minore/tutelato

Dati anagrafici di entrambi del/i genitore/i o del tutore

Recapiti.....

TIPOLOGIA del Campione da analizzare :

Sangue periferico Altro

Prestazione/i richiesta/e:

Letta l' informativa consegnatami dallo Specialista che richiede le analisi, avendone compreso il contenuto e avendo ottenuto informazioni dettagliate sul significato e sui limiti delle indagini genetiche richieste,
si acconsente a

utilizzare il campione biologico del minore/tutelato a scopo diagnostico SI NO

trattare i dati personali, sensibili e genetici del minore/tutelato SI NO

conoscere i risultati delle indagini richieste SI NO

rendere partecipe dei risultati il dott. SI NO

conoscere eventuali informazioni inattese che possono avere un beneficio in termini di terapia, prevenzione o consapevolezza sulle scelte riproduttive SI NO

utilizzare il materiale biologico e i miei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per approfondimenti a fini diagnostici:

- presso il Centro che esegue le analisi SI NO

- presso altri Centri, anche al di fuori dell' Unione Europea SI NO

utilizzare il materiale biologico e i referti risultanti per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico e epidemiologico SI NO

rendere partecipi dei risultati i familiari del minore/tutelato, qualora ne facciano richiesta SI NO

Firma/e di entrambi del/i genitore/i o del tutore

Firma del minore/tutelato (se possibile)

Firma dello Specialista

Data

REVOCA del CONSENSO

Il/i sottoscritto/i.....

In qualita' di genitore/i o del tutore,

REVOCA/NO il consenso sopra riportato

Firma Data.....